

個人調査票

年 月 日提出

学童保育所の利用予定日・状況について

| | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | 学童保育所名 | 中里キッズクラブ | | | | |
| ふりがな 児童氏名 | | | 新学年 新 年生 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| ふりがな 申請者（保護者）氏名 | | | 続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 住所 | | | | | | | |
| 健康状態等 | 平熱について | 度 分 | | | | | |
| | アレルギーの有無について | 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因食物を記入して下さい。 ありの場合：原因食物（ ） | | | | |
| | | アナフィラキシーの既往 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因物質を記入して下さい。 ありの場合：原因物質（ ） 【既往の時期： 歳頃】 | | | | |
| | | その他のアレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合、原因物質を記入して下さい。 ありの場合：原因物質（ ） | | | | |
| | 病気等の状況及び特に注意してほしいこと | 現在、かかっている病気等について | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名等（ ） | | | | |
| | | 通院の状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院名【 】 通院状況 月（ ）回 | | | | |
| | | かかりつけ医 | ① 病院名【 】 電話【 】 ② 病院名【 】 電話【 】 ③ 病院名【 】 電話【 】 | | | | |
| | | 服薬の状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり お薬名【 】 服薬状況（ ） | | | | |
| | | 注意してほしいこと | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） | | | | |
| | 障がい者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手帳名等（ ） 手帳（ ）級 | | | | | |
| 今までの状況 | 保育園名 幼稚園名 | （ ） <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 子ども園 | | | | | |
| | 学童保育所 | （ ） 学童保育所 | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 主に利用する曜日と 迎え時間 | <input type="checkbox"/> 月 時 分 | <input type="checkbox"/> 火 時 分 | <input type="checkbox"/> 水 時 分 | <input type="checkbox"/> 木 時 分 | <input type="checkbox"/> 金 時 分 | <input type="checkbox"/> 土 時 分 | |

児童の帰宅に要する時間・帰宅方法について

| | | |
|------------------|--|---|
| 連絡をしてから迎えに来られる時間 | | 分 |
| 帰宅方法 | 1 日常的に（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ））が迎えに行く。 | |
| | 2 1が都合の悪いときは、（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ））が迎えに行く。 | |
| | 3 その他（ ） | |

学童保育所の利用を希望するに当たり特別な事情がある場合は、その状況等を記入してください。

緊急時の連絡先

| | | | |
|-------|------------|-----|----------------------|
| 第1連絡先 | ふりがな 氏名 | | 児童との続柄 |
| | 連絡先 | () | 自宅・携帯・職場 (いずれかに○) |
| 第2連絡先 | 氏名 | | 児童との続柄 |
| | 連絡先 | () | 自宅・携帯・職場 (いずれかに○) |
| 第3連絡先 | 氏名 | | 児童との続柄 |
| | 連絡先 | () | 自宅・携帯・職場 (いずれかに○) |

備考 緊急連絡先は、緊急時に児童の迎えが可能な者又は保護者の勤務先など、必ず2か所以上記入してください。

小学校から自宅までの略図（経路を赤線で記入してください。）